

COMPTE RENDU de la réunion du mercredi 29 mai 2024

EXAMEN DU PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DU PROJET D'AVENANT N° 1 À LA CONVENTION N° 79-21 DU 14 OCTOBRE 2021 RELATIVE AU SOUTIEN DE L'ÉTAT À LA POLITIQUE DE SANTÉ EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

La réunion débute à 9 h 05, sous la présidence de M^{me} Rachelle Flores.

Présidente	M ^{me} Rachelle Flores	présente
Vice-présidente	M ^{me} Patricia Pahio-Jennings	présente
Secrétaire	M ^{me} Frangélica Bourgeois-Tarahu	présente
Membres	M ^{me} Sylvana Tiatoa	présente
	M ^{me} Thilda Garbutt-Harehoe	présente
	M ^{me} Pauline Niva	présente
	M ^{me} Cathy Puchon	présente
	M ^{me} Pascale Haiti	présente
	M ^{me} Teave Boudouani-Chaumette	présente
Non-membre	M ^{me} Nicole Sanquer	arrivée à 10 h 5

PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DU PROJET D'AVENANT N° 1 À LA CONVENTION N° 79-21 DU 14 OCTOBRE 2021 RELATIVE AU SOUTIEN DE L'ÉTAT À LA POLITIQUE DE SANTÉ EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

(Lettre n° 2747/PR du 13-5-2024)

Présenté par M^{mes} Frangélica Bourgeois-Tarahu et Sylvana Tiatoa

Défendu par :

Au titre du ministère de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée :

- M. Yannis Ceran-Jerusalem, directeur de cabinet,
- M^{me} Mareva Tourneux, conseillère technique en charge de la santé,
- M^{me} Karine Vannes, directrice adjointe de la Direction de la santé (DSP),
- M. Benoit Crumeyrolle, responsable des infrastructures à la DSP,
- M. Alexis Goubert, directeur adjoint du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF),
- M^{me} Chloé Henrion, directrice du budget, de la comptabilité et des finances du CHPF ;

Au titre du ministère de la fonction publique, de l'emploi, du travail, de la modernisation de l'administration et de la formation professionnelle :

- M^{me} Christelle Sandford, directrice de cabinet ;

Au titre du ministère de l'économie, du budget et des finances, en charge des énergies :

- M. Hervé Varet, directeur de cabinet ;

Au titre du Haut-commissariat de la République en Polynésie française :

- M. Etienne de la Fouchardière, secrétaire général adjoint,
- M^{me} Vaitiare Silvestro, adjointe au chef de mission de la stratégie et de l'évaluation,
- M. Alexandre Biarreau, stagiaire.

DISCUSSION SUR LE PROJET DE RAPPORT

M. Yannis Ceran-Jerusalem : Je vais reprendre quelques éléments des travaux qui ont été entamés dès le mois de septembre avec le haut-commissariat concernant cette convention santé avec l'État.

Pour vous donner un petit mémo du soutien de l'État à la Polynésie française : dès 1994, l'État est venu soutenir le RSPF au travers de conventions jusqu'en 2008. En 2008, il y a eu une cessation de la participation de l'État au soutien de la Polynésie française au titre de la solidarité. Puis, il y a eu une reprise en 2015 avec un soutien de trois ans et c'était suite à une mission de l'IGAS, l'IGA et l'IGF. Cette convention a été prolongée d'un an en 2018. Ensuite, une nouvelle convention a été établie en 2019. Après, une subvention a été allouée au titre de l'année 2020, et ce n'est qu'en 2021 que l'on a rédigé cette convention État/Pays en matière de soutien de l'État au niveau sanitaire sur la Polynésie française. Elle avait effectivement vocation à prendre effet dès 2021. Elle a été signée le 14 octobre 2021 — et donc cette année elle avait été beaucoup rognée — et prenait fin effectivement le 31 décembre 2023.

En septembre, nous avons entamé des discussions avec le haut-commissariat et nous nous étions entendus sur les grands principes tels que trouver un fil conducteur à cette nouvelle convention qui est l'anticipation, c'est-à-dire l'anticipation maladie, l'anticipation aux crises qui peuvent être naturelles ou qui peuvent être liées à une catastrophe. Nous avons entamé des travaux rédactionnels là-dessus, et malheureusement, nous n'avons pas abouti au 31 décembre. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé la prorogation de cette convention puisqu'il restait, au niveau des accords de coopération, des enveloppes budgétaires. Il était donc normal pour nous que l'on puisse arriver à les consommer dans leur entièreté. Nous avons effectivement reçu une délégation de Bordeaux, c'est-à-dire des gens du ministère des solidarités de Paris qui sont venus et qui ont fait un bilan de la convention qui a été passée, et qui ont également regarder comment nous allions nous tourner vers l'avenir pour une nouvelle convention. Suite à cela, nous avons acté la prolongation de cette convention d'une année

supplémentaire, le temps pour nous de prendre le temps de travailler et voir les axes nécessaires au soutien de l'État en matière de santé en Polynésie française.

M. Etienne de la Fouchardiere : Pour ma part, je veux juste apporter deux petites précisions sur les aspects financiers et les modalités de l'intervention sur 2024. Comme l'a dit Madame la rapporteure, l'objectif principal de l'avenant est de s'inscrire dans la continuité des actions déjà engagées, en particulier sur les partenariats, les internes, les assistants spécialistes, les stagiaires, toutes ces choses-là pour lesquelles on aurait une rupture si on ne procédait pas à l'avenant. De plus, la continuité s'inscrit aussi sur les autres volets de la convention, notamment sur le volet investissement dans le cadre du nouveau Contrat de développement et de transformation qui a été approuvé par l'assemblée à la fin du mois d'avril et qui fait de la question de la santé l'une des quatre grandes priorités du CDT 2024-2027 et cela se matérialisera en 2024 par la programmation qui sera soumise à validation du comité de pilotage qui se réunira avant la fin juin. C'est 1,5 milliard F CFP sur l'année 2024 avec une répartition à 50/50 État/Pays et derrière des investissements aussi sur les autres années. Enfin, sur le volet que l'on appelle dans notre jargon les petits investissements ou les dépenses liées au fonctionnement, à la communication..., ces choses-là font l'objet d'un appui forfaitaire du ministère des Outre-mer à hauteur de 477 millions F CFP. Lui aussi est pérennisé sur l'année 2024. Ce sont des crédits qui ont été votés en loi de finance au niveau national et donc cette continuité s'inscrit aussi sur le volet investissement et appui aux équipements et au fonctionnement particulièrement du CHPF, mais aussi de la Direction de la santé. Voilà ce que je voulais préciser.

M. Yannis Ceran-Jerusalemly : Je vais rebondir aussi sur les propos apportés par le haut-commissariat. Effectivement, l'équilibre de cette convention repose sur les engagements de l'État à hauteur d'environ 1,5 milliard F CFP par an. Cet engagement repose sur trois volets :

- les grands investissements, des plus petits investissements et des frais de fonctionnement pour le matériel médical, etc., dont bénéficie le CHPF, la Direction de la santé à hauteur de 477 millions F CFP ;
- Sur les investissements, on a une enveloppe annuelle de 954 millions F CFP ;
- Et puis la coopération et l'accompagnement au registre du cancer avec l'INCa, tout ce qui est interne et formation qui représentait 620 millions F CFP.

On a donc un poids au niveau de l'État d'à peu près 1,5 milliard. La contrepartie pour la Polynésie qui a équilibré cette convention, c'était la réduction des tarifs que l'on applique à la Sécurité sociale qui représentait 1,6 milliard F CFP, d'où la dotation exceptionnelle de la subvention au Pays pour compenser le manque à gagner du CHPF.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Tout d'abord, merci pour cette convention qui maintient quand même un bon niveau sanitaire. On sait qu'il est insuffisant et qu'il faut apporter davantage de notre part, mais l'effort que fait l'État en matière de formation est important.

Je voudrais aller un peu plus loin. Le CHU de Bordeaux nous permet d'avoir des personnes, des internes ou des étudiants : peut-on avoir le montant de la participation du Pays, puisque celui de l'État est indiqué ? Parce qu'il me semble que dans ma lecture, l'État intervient sur la rémunération de base. Or on sait que dans les milieux hospitaliers, il y a les heures supplémentaires, des frais et autres choses en matière de logement, de la prise en charge autre que la rémunération de base. Avez-vous des chiffres ?

M. Étienne de la Fouchardiere : Le détail, je n'avancerai pas, mais sur le total des partenariats, il y a une partie qui est de la valorisation de ce qui est pris en charge directement par Bordeaux. Elle est évaluée à près de 5 millions d'euros par an globalement sur ce volet des partenariats, dont 2 millions d'euros pour la convention sur les internes. Ce sont les grands chiffres sur l'intervention de l'État.

M. Alexis Goubert : Pour apporter des éléments de précisions concernant le CHPF, pour les dépenses qui sont associées à ces dispositifs internes et assistants partagés. Ce sont deux dispositifs qui sont un

peu différents : le premier, pour les internes, amène à ce que le Pays (ici, le CHPF) prenne en charge l'indexation. Effectivement, le salaire de base est indexé à 1,84, un taux fixé par une délibération. L'indexation de 94 % est prise en charge par le Pays (ici, le CHPF) ainsi que les gardes et astreintes, les frais de déménagement et les transports.

Pour les internes qui sont pris en charge au CHPF, en 2023, une dépense de 283 millions F CFP a été constatée pour ces quatre volets : indexation, gardes et astreintes, frais de déménagement et transports ; 283 millions F CFP pour la partie CHPF.

À noter que vu que l'on est sur un dispositif de prise en charge de l'indexation, on est dépendant des évolutions de rémunération métropolitaine et on constate, en ce début d'année 2024 notamment, des majorations des rémunérations des internes, ce qui va amener de fait à une majoration des dépenses pour le Pays liée à ces prises en charge des internes.

S'agissant des assistants partagés, on est sur un dispositif qui est un peu différent, c'est-à-dire que le Pays (ici le CHPF) n'a pas de prise en charge dans l'indexation, seulement des gardes et astreintes, des frais de déménagement et des frais de transports. L'ensemble des rémunérations de base sont prises en charge par l'État. On est donc sur un dispositif où l'État prend une part plus importante dans l'accompagnement et le soutien avec ces types de ressources. Malheureusement, je n'ai pas le montant total à vous communiquer là, mais je peux chercher à vous le communiquer en suite de la réunion.

À noter que l'on n'est pas sur une volumétrie similaire aux internes. Les internes, on est sur des promotions qui sont de 50 à 60 internes chaque semestre, pour un total de près de 120 internes qui tournent chaque année. Au niveau des assistants, on est sur un dispositif qui est plus récent, qui s'installe depuis 2022 et qui monte en puissance progressivement. À date, on est aujourd'hui avec huit assistants partagés ainsi qu'un neuvième qui travaille en lien avec l'ICPF et qui est amené à travailler chez nous en anatomopathologie. Encore une fois, je n'ai malheureusement pas l'enveloppe globale de dépenses 2023 ni la projection 2024. En tout cas, on est sur des prises en charge qui sont moindres au niveau du Pays.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : Puisque l'article 3 de la convention exige que le Pays et l'État établissent conjointement chaque année un document de synthèse, quel est l'état d'exécution de la convention 2021-2023 à ce jour en matière de réalisation de projets et d'actions financés par la convention 2021 à 2023 pour le Pays, pour le CHPF et pour l'Institut du cancer ?

Deuxième question, qu'en est-il de la convention d'application à la convention-cadre de 2021, surtout l'oncologie ?

M. Étienne de la Fouchardière : Sur les volets « investissement », sur la partie qui était des dépenses inscrites sur le contrat de développement et de transformation, lui aussi qui couvrait la période 2021-2023, on avait une programmation prévisionnelle qui était de 4 millions d'euros par an, donc 12 millions d'euros sur les trois années de mise en œuvre de la convention.

Au final, l'investissement a dépassé cette prévision puisqu'on a été sur presque 18 millions d'euros sur les trois ans : notamment sur la réhabilitation de l'hôpital d'Uturoa, la construction d'un nouveau bâtiment à l'hôpital Louis Rollin de Nuku Hiva, le renouvellement important de matériel médical de la Direction de la santé, etc. C'était aussi un des dispositifs mobiles de prévention de santé primaire au profit de la Direction de la santé, des équipements aussi à Bora Bora, Takaroa et Rangiroa, et notamment sur les aspects de logement de fonction pour le personnel soignant. Je cite un peu de façon globale ces choses-là, mais l'enveloppe qui était prévue était indicative et on l'a donc assez largement dépassé sur ce volet « investissement ».

Sur le volet « petits investissements – fonctionnements », l'exécution est conforme aux prévisions, c'est-à-dire 4 millions d'euros par an, c'est inversement préalable avec une justification en année N+1 de l'exécution des dépenses. Le versement pour 2023 a été fait en début d'année 2023 et les justifications

sont arrivées au premier trimestre de l'année 2024. C'est le schéma existant et là, l'exécution est conforme aux prévisions, avec des répartitions qui varient chaque année entre ce qui relève plus du fonctionnement et plus des petits équipements. Mais c'est autour de deux tiers de fonctionnement et un tiers de petits investissements, avec quelques petites variations selon les années.

Sur le troisième volet des partenariats, j'ai évoqué les chiffres, je ne vais pas revenir. C'est vrai que c'est sur le volet « oncologie » où l'on n'a pas eu de début d'exécution du partenariat. Mais je vais laisser le Pays compléter. Hormis la partie « assistants spécialistes » qui a concerné en partie cette prise en charge, je vais laisser Yannis et Mareva compléter.

M. Yannis Ceran-Jerusalem : Comme je vous le disais, ce sont trois volets. Le premier concerne les grands investissements pour des sommes qui sont prises à hauteur de 50 % par l'État et 50 % par le Pays. Quel est le fonctionnement ? Ils font un premier rappel, ils nous envoient de l'argent, et ensuite on justifie sur facture les dépenses et l'État vient abonder ensuite ; c'est pris sur le CDT et géré par le ministère des finances. Effectivement, la convention enferme un montant de 477 millions F CFP par an et on est allé bien au-delà parce que nos investissements étaient supérieurs. On n'a pas été contraint, cela a bien été pris sur le CDT et Hervé pourra le confirmer.

Ensuite, en ce qui concerne le deuxième volet sur le matériel et les formations, je peux vous faire un détail par rapport à la Direction de la santé, et le CHPF apportera également sa contribution sur les dépenses. Pour l'année 2023, les actions en formation représentaient 44 millions F CFP ; le matériel médical, les équipements en structures de soin, la maintenance et l'entretien, 95 millions F CFP ; les conventions passées entre les professionnels de santé libéraux pour venir combler le besoin en structure, 38 millions F CFP ; les vaccins, transport de médicaments vers les îles, 44 millions F CFP ; la maintenance des hébergements, des logiciels, 13 millions F CF ; et tout ce qui est prévention et communication, à hauteur de 73 millions F CFP ; soit 309 millions F CFP d'apport par cette convention au niveau de la Direction de la santé.

Pour le troisième volet sur l'accompagnement, la coopération en matière de formation et accompagnement en matière d'oncologie, quand nous avons pris le portefeuille, on a constaté qu'il y avait eu un désaccord entre le Pays et l'INCa qui s'occupe du registre du cancer. Ce qui fait que les sommes qui étaient allouées n'ont pas pu être exécutées, on se retrouve donc avec une enveloppe non dépensée aujourd'hui parce qu'il y a une rupture de dialogue entre le CHU de Bordeaux, l'INCa et la Polynésie française.

Nous nous sommes attachés à renouer — il y a la convention en cours — le dialogue avec ces partenaires historiques puisqu'on a toujours travaillé avec eux, d'où la mission qui est arrivée au mois de février. Ils sont venus pour faire un bilan, nous avons réaffirmé notre partenariat avec eux et nous avons aussi affirmé notre partenariat et les liens qui avaient été tissés avec Unicancer. On n'a pas fait le choix de prendre l'un ou l'autre, on va prendre ce qu'il y a de meilleur pour la Polynésie française. Si en matière de recherche d'expertise, c'est l'Unicancer, nous allons souscrire avec eux pour qu'ils nous apportent leur apport ; et pour tout ce qui est autre (accompagnement d'oncologie également), nous allons souscrire avec l'INCa. Cela fera donc l'objet de négociation de la future convention, comment on va formaliser tout cela dans cette nouvelle convention. Mais la Polynésie française aujourd'hui s'engage à travailler avec tout le monde pour le meilleur, pour les Polynésiens.

M. Hervé Varet : Pour compléter sur le volet sur l'investissement, on est bien sur le CDT. C'est vrai qu'au départ, on cale toujours des enveloppes prévisionnelles allouées au secteur. Là, elles ont été un peu au-delà parce qu'au lieu d'être autour de 12 millions d'euros, on est à 17 millions d'euros.

Pour ce qu'il s'agit du volet deux relatif aux 477 millions F CFP qui étaient versés annuellement, j'ai l'état de situation. Le reste à verser de l'État est à peu près de 75 millions F CFP sur le 1,4 milliard F CFP que cela représente, donc la convention est très bien exécutée. Et pour le détail, je vais laisser la parole au CHPF.

M^{me} Chloé Henrion : Je vais vous donner quelques éléments chiffrés. Pour ce qui concerne le CHPF relativement à la convention dont il est question aujourd'hui, c'est essentiellement les investissements qui sont concernés pour cet établissement. On retrouve trois subventions majeures dans les contrats de développement et de transformation de 2021 à 2023.

Une première subvention est allouée au CHPF à 50 % État et 50 % Pays dans le cadre de cette convention de 650 millions F CFP pour le renouvellement du matériel et du mobilier médical. On a une part d'environ 7 à 8 milliards F CFP de matériel et mobilier médical au CHPF qui a besoin d'être renouvelé à raison d'une durée de vie de huit ans. On avait donc estimé une enveloppe autour de 700 millions F CFP par an de renouvellement, on est à 650 millions pour du matériel et du mobilier, ce qui semble très cohérent et qui permet le renouvellement et le maintien des équipements au mieux de ce qu'on peut faire.

Le CT 2021 est quasiment clos, on est en cours de solde de la subvention. Jusqu'à aujourd'hui, on a reçu 70 % du total de la subvention. Au niveau du CHPF, on a exécuté la totalité et le solde est en cours, cette subvention est donc quasiment soldée.

Pour ce qui concerne le CDT 2022, on était sur un montant de 895 millions F CFP avec, de la même façon, une partie de matériel et mobilier médical et le remplacement de l'IRM. Pour cette subvention, l'État et le Pays ont décaissé l'avance de 30 %. On est en cours de demande de l'acompte parce que l'avance a été exécutée en totalité, et on prévoit de finaliser la subvention sur le début 2025.

On a eu un peu de délai et de temps, l'exécution a un peu été allongé du fait notamment de la Covid en 2021 qui a beaucoup ralenti le fret, on a donc eu des problèmes d'approvisionnement. De la même façon en 2022, c'est moins le fret que l'approvisionnement de façon générale parce qu'il y a eu des ruptures d'approvisionnement en termes de matières premières. Les fournisseurs et les constructeurs de matériels avaient du mal à nous fournir et il y a eu des pénuries un peu partout dans le monde, on n'est donc pas les seuls à avoir vécu cela.

Pour ce qui concerne le CDT 2023 c'est un montant de 985 millions F CFP qui a été attribué en subvention toujours à 50 % État, 50 % Pays. On a une avance de 394 millions F CFP qui a été décaissée, 50 % pays et 15 % État ; et jusqu'à aujourd'hui, on est en cours d'exécution de cette avance, l'acompte est prévu sur le deuxième semestre.

Cette subvention est aussi composée de renouvellement de matériel et de mobilier médical comme tout renouvellement que l'on fait en permanence. On parle par exemple de respirateur, de pompe à seringue, de moniteur, vraiment tout le petit matériel de l'établissement. On a également remplacé un Clinac, qui est un accélérateur à particules, ce sont les appareils de radiothérapie. Le premier a donc bien été remplacé et le deuxième est prévu sur cette année 2024. Voilà pour l'exécution de ces subventions.

M. Alexis Goubert : Une petite correction, le premier accélérateur de particules est effectivement acquis et en toute finalisation de déploiement. Il est prévu d'être ouvert au courant du mois de juin.

M^{me} Pascale Haiti : Ce qu'on étudie ce matin, c'est un avenant et pas un nouveau contrat ou une nouvelle convention puisque l'on vient de nous détailler qu'il y a eu des modifications à l'intérieur de cet avenant, on vient de le voir dans le dossier.

Malheureusement, je vois que dans le contrat de développement 2024-2027 concernant la prise en charge du plan cancer 2018-2022 : « structurer et mettre en place un réseau de soins cancer », « améliorer la prise en charge des patients atteints du cancer ». Je sais qu'il est à l'intérieur de celui-ci, mais le problème est au niveau du cancer en lui-même. Nous avons déjà un retard au niveau du service de la médecine nucléaire puisqu'initialement dans le projet du contrat de développement, il est prévu qu'il soit mis en place à l'extérieur de l'hôpital comme précisé à l'intérieur du contrat de projet, revérifiez-le. Rien n'a été fait, nous avons deux ans de retard.

Je voulais savoir, où en sommes-nous avec le cyclotron sachant qu'il y a un réel problème avec le service de cancérologie actuellement ? Je pense que nous n'avons plus d'oncologue, c'est une chose, mais nous continuons à investir, à mettre de l'équipement et des projets sachant que sur le plan humain, nous n'avons pas de spécialiste. Je ne sais pas comment on va coordonner tout cela pour que cela marche dans de bonnes conditions et que le patient soit vraiment bien pris en charge.

D'autant plus que chaque année, nous avons un taux de cancéreux augmentent de plus en plus, c'est prouvé sur le plan mondial. En Polynésie, c'est à peu près 800 cas par an. Ce n'est pas en restant à l'hôpital que nous allons régler cela. Je pense qu'il est préférable d'avoir un réel projet, un vrai service de cancérologie. Actuellement, on bricole.

Nous avons visité l'hôpital et je trouve dommage que l'on n'ait pas un réel projet avec cette convention, alors que c'est l'occasion de bien discuter sur une vraie structure qui puisse accueillir tous ces patients comme il le faut. Parce qu'aujourd'hui, le patient voit quatre oncologues à peu près tous les six mois, ils répètent la même chose et puis pour finir, il ne veut plus aller à l'hôpital.

Aussi, dans le service de la médecine nucléaire, ils sont les uns sur les autres. C'est un service qui n'est pas du tout adapté et je trouve dommage qu'il ne figure pas à l'intérieur de cette nouvelle convention et qu'il n'y a pas une réelle politique de santé à ce niveau-là.

Deuxièmement, si vous gardez l'hôpital de Taaone dans l'état actuel, nos services ne seront malheureusement pas prêts s'il y a une nouvelle vague de la Covid. Il faut déjà régler le problème des médecins et celui des soignants. C'est vrai que vous héritez du gouvernement précédent, mais tout le monde a émis un programme devant le public, la population a décidé de voter le changement, le changement doit se faire mais ne se fait malheureusement pas. Il faut des gens compétents, il faut avoir de l'ambition et des objectifs précis.

Alors le contrat de développement 2018-2022, malheureusement c'est le contrat de développement 2024-2027, je suppose que c'est une prorogation — je ne sais pas. C'est le dossier qui a été étudié au mois dernier en avril, qui est passé à l'assemblée et qui a été validé. Dans le détail, la partie santé c'est 2018-2022 à l'intérieur de chaque dossier santé, social, logement. Regardez, c'est à l'intérieur. Mais le gros titre, bien sûr, c'est 2024-2027. Pourquoi n'a-t-il pas été corrigé de 2018 à 2022 ? Je ne sais pas, je pose la question puisque tout cela est joint avec celui-ci, je suppose.

M. Hervé Varet : Je vais te répondre sur la partie financière, sur la restructuration de cet avenant. Cet avenant est un avenant. C'est-à-dire qu'effectivement, à la fin de l'exécution de 2023 de la convention santé avec l'État sur la base des moyens que l'on vous a affichés, ce sont 12 millions d'euros, en investissement premier volet à peu près la même chose sur le deuxième volet et puis les actions valorisées d'accompagnement.

On aurait souhaité à l'arrivée du nouveau gouvernement que ces procédures de réflexion sur une nouvelle convention santé avec l'État ait avancée, mais force a été de constater que cela n'avait pas été le cas. L'ancien gouvernement nous laissait une feuille de route qui se finalisait sur cette convention de santé, fin 2023 donc, sans avoir prévu une projection sur 2024 et au-delà. On avait eu des rumeurs — puisqu'on n'a jamais vu les dossiers — sur lesquels l'ancien gouvernement est en négociation avec l'État pour un financement à hauteur de 5 milliards F CFP par an de soutien de l'État pour soutenir effectivement la santé dans notre pays, notamment au titre du cancer, comme tu l'as évoqué, qui est effectivement la maladie qui monte au niveau international et qui, forcément, va arriver de façon forte sur nos populations.

N'ayant pas vu ces dossiers, nous avons donc, à l'initiative du ministère de la santé, relancé les discussions avec l'État pour qu'il y ait un accompagnement au moins sur 2024. Cet accompagnement se traduit dans cet avenant. Aujourd'hui, vous avez un avenant qui vient vous préciser que l'État revient effectivement au financement du volet n° 2 en nous remettant 477 millions F CFP (4 millions d'euros). Ils nous remettent le volet n° 3, c'est-à-dire toute l'action associée qu'ils vont valoriser auprès de l'INCa,

du CHU de Bordeaux, etc., ils vont nous soutenir sur les internes et sur les assistants pour partie. Alexis nous a donné les volumes : 2 millions d'euros mis par l'État pour les internes, 283 millions F CFP donc plus encore pour le Pays, rien que pour l'hôpital. C'est donc moitié, moitié.

Par contre, s'agissant du volet n° 1 qui est l'investissement, le CDT, le CDT 2023 est clos, il est clos ! Il n'était donc pas possible de revenir prendre, sur le CDT 2023 antérieur, des moyens de financement pour l'investissement. Les discussions ont donc porté en disant que du fait que quand on ouvre un nouveau CDT, 2024-2027, qui vous a été présenté et que vous avez validé, on prendrait l'enveloppe d'investissement sur cette partie pour l'accompagnement de cette année supplémentaire de la convention santé.

Par ailleurs, je te remercie vraiment de tes propos sur le service d'oncologie, sur le fait de la prise de conscience forte. On est tous conscient autour de cette table et même au-delà, dont le gouvernement et même vous les élus, de l'urgence. Et ton appel tel que tu l'as formulé à l'adresse de l'État d'une certaine façon de venir se positionner, nous le soutenons. Vous appeliez fortement l'État à la participation et à son implication dans la santé des Polynésiens. Le CDT 2024-2027 ne suffira pas ! Nous sommes sur des schémas d'investissement. Vous avez bien vu l'enveloppe, on est à 5,6 milliards F CFP par an : 2,3 milliards F CFP par entité (État-Pays) pour financer le logement, la santé et la solidarité. Il y a donc effectivement un travail qu'il va falloir mener.

Le ministère de la santé est impliqué avec l'État pour que l'on puisse redéfinir les modalités d'une nouvelle convention santé 2025. Peut-être 2030, pousser un petit peu la barre forte où il y ait des moyens. Parallèlement, on est sur un schéma de la réforme de la PSG dans notre Pays et on a besoin de stabiliser l'hôpital, nos structures de soins, etc.

M^{me} Pascale Haiti : Je voulais savoir où cela en est pour le terrain de Princesse Heiata : est-ce qu'on maintient le projet pour la médecine nucléaire et/ou pour d'autres projets concernant l'hôpital ? Est-ce que vous comptez changer de site ? Parce que lorsqu'on a visité le service d'oncologie, l'oncologue qui nous a accompagnés pendant cette visite nous parlait d'un autre. L'idéal, c'est d'avoir une autre structure, parce qu'il y a des patients où on n'a pas besoin de les garder pendant une, deux semaines à l'hôpital. Mais malheureusement, nous manquons de soins plutôt palliatifs. L'hôpital n'est pas fait pour ça. Il faudrait qu'il y ait une structure qui puisse accompagner ces patients. D'où ma question : qu'est-ce qu'on fait de Princesse Heiata sachant que le terrain (une partie) appartient à l'hôpital et l'autre au Pays. Est-ce qu'on compte changer de lieu ?

Et je vois qu'à l'intérieur, le laboratoire d'anapatho est en cours et bientôt en finition. Mais encore une fois, ce qui pose réellement problème, ce sont les hommes et les femmes qui, malheureusement, ne sont pas à l'hôpital. Je pense qu'il faut tout faire pour les maintenir chez nous. Je pense qu'il y a des personnes qui souhaitent rester et travailler à l'hôpital.

M. Yannis Ceran-Jerusalem : Je te remercie pour ta préoccupation prononcée sur le cancer en Polynésie qui est une des préoccupations également de ce gouvernement, et en particulier du ministère qui en a la charge.

Juste pour recentrer ce qui nous anime ce matin, c'est l'avenant à la convention État-Pays de façon macro sur la santé en Polynésie. Alors oui, c'est une composante le cancer au regard de cette convention. Néanmoins, je vais t'apporter quelques éclaircissements par rapport à tes interrogations, notamment sur le projet Princesse Heiata qui a déjà fait l'objet d'informations et d'indications de la part du ministre de la santé dans l'hémicycle. Mais je vais le répéter, on dirait que ce n'est pas arrivé bien en compréhension. Avant cela, je vais revenir sur la convention. Effectivement, l'ICPF n'était pas dans le scope au moment où on a souscrit cette convention et rédigé. C'était la dénomination, il n'y avait pas l'activité. Aujourd'hui, bien évidemment, c'est un institut qui aura toute sa place et on va s'appuyer dessus pour accompagner nos patients polynésiens pour le traitement des cancers et de la recherche également, d'où le partenariat avec l'Unicancer. Il y aura un besoin en matériel où là, on va passer une AP de 200 millions F CFP pour accompagner sur le matériel, notamment pour le laboratoire d'anapath.

Pour revenir au projet Princesse Heiata, qui a déjà eu droit aux explications du ministre de la santé pour dire que ce projet était suspendu sur Princesse Heiata. Aujourd'hui, il a été lancée une demande à MEPI, l'organisme qui a monté le projet Princesse Heiata, défaire l'étude de réintégration du projet Princesse Heiata dans le centre 15. Pour information, les premiers coups de pioche de la rotonde du centre 15 pour la réhabilitation devaient intervenir courant du mois d'août : c'est ce que le ministère des grands travaux m'a indiqué il y a une dizaine de jours. On est parti sur la réhabilitation. En parallèle, les études avec le financement et tout, sont en cours.

Dans ce projet MEPI, d'une part, on a demandé cette réintégration. Le CHPF, d'autre part, pour le projet Imhotep (donc cyclotron et Tep-Scan) fait l'objet d'une même demande de réintégration de ce qui était prévu à Princesse Heiata dans le centre 15. Je vous rappelle qu'il y a déjà des études qui ont été menées sur le positionnement de cet institut à l'endroit du centre 15 et de la rotonde. Nous nous sommes appuyés sur la décision non seulement de la faisabilité de ce projet et des coûts également qui étaient engendrés, et sur les délais. Parce que quand on a pris également Princesse Heiata, j'avais l'impression que le bâtiment allait sortir demain. Faux ! Faux ! Une étude à 179 millions F CFP a été réalisée et, au-delà de ça, rien : pas de permis de construire ; pour le projet Imhotep, y a des fosses, c'est du nucléaire, aucun assainissement, rien n'a été prévu ! Tout cela est déjà prévu au CHPF. Raison pour laquelle on a pensé que le projet — et on enverra les résultats de l'étude MEPI — quels sont les délais effectivement impartis.

Le projet Princesse Heiata est suspendu sur Princesse Heiata et il est en cours sur le centre 15 et la rotonde.

Pour les oncologues, nous faisons un point avec la Direction de la santé, avec la directrice du CHPF, c'est bien sûr une préoccupation. Je vais peut-être laisser un mot à Alexis sur ce sujet. Nous voyons également une autre alternative, mais on explore plusieurs pistes pour notre recherche de nouveaux oncologues dans le cas où on n'arrive pas.

Donc ça, c'est sur la partie cancer. Mais aujourd'hui, je tiens à rappeler qu'on est encore sur la prorogation de cet avenant de façon plus macro sur la santé dans sa globalité en Polynésie française.

Les crises sont effectivement une très grosse préoccupation. Quand on voit l'arrivée des Jeux olympiques où il peut y avoir une catastrophe, etc... Il était important de donner les moyens au niveau des urgences du CHPF avec l'ouverture de cette cellule d'urgence. Cela a été voté et je remercie l'assemblée d'avoir voté ce budget pour renforcer les urgences du CHPF. Nous avons renforcé les urgences de l'hôpital de Taravao en dédiant du personnel, du matériel, des ambulances qui je l'espère vont très vite arriver pour avoir l'agrément de l'ARASS. Mais à ce niveau, on a fait ce qu'on devait faire pour pouvoir assurer et Paris 2024 a validé.

Mais au-delà de cela, il y a un règlement sanitaire international avec la mise en place d'une CUMP. Cette cellule médicale d'urgence, souvent, on en parle, on l'a fait, elle n'existe pas, elle n'a pas d'existence légale aujourd'hui. On appelle le CHPF, on demande au docteur Sebti « Tu m'envoies un psy, etc. » C'est de la prévention des crises et cela va faire un des objets de la prochaine convention. Il est important aujourd'hui que la Polynésie française se dote de telles structures pour pouvoir faire face à des crises.

Il y a également des partenariats avec le Pacifique pour créer des équipes médicales, pas qu'en Polynésie française, en Calédonie avec nos partenaires Wallis, etc. En cas de crise, que l'on puisse déployer nous de notre côté et eux de leur côté, pour prêter assistance. C'est le renfort de notre coopération au niveau du Pacifique.

Voilà ce que je peux t'apporter comme éléments au niveau de la réaction concernant les crises.

La présidente : Merci, Yannis, pour cette réponse active et complète à la question de Madame Haiti et d'avoir rappelé l'ordre du jour de ce matin.

M^{me} Pascale Haiti : Juste pour compléter. Je trouve dommage qu'on essaye de tout regrouper à l'hôpital parce qu'il y a le pôle « Santé mentale » qui s'est beaucoup agrandi. Tout empiète sur l'hôpital alors qu'il a besoin d'espace. Je sais que le service d'oncologie a empiété sur la partie « Maternité ». Le service concernant les reins également. Je sais que vous avez aménagé des places de parking pour mettre une trentaine de lits. J'ai l'impression que l'on tasse tout à l'hôpital alors que vous avez des terrains à votre disposition. Il faut vraiment essayer de dégorger l'hôpital, d'autant plus qu'il y a ce projet. L'hôpital a besoin d'espace : en service cardio, ils ont besoin d'espace, et on essaye de pousser les murs. Je trouve dommage que l'on n'essaye pas de sortir un service, puis de le déplacer tout en essayant d'être proche de l'hôpital pour qu'il puisse travailler dans de bonnes conditions.

M. Yannis Ceran-Jerusalemly : Encore une fois, Madame Haiti s'éloigne du sujet pour lequel on est là ce matin. Mais je comprends ses préoccupations parce qu'on a ses préoccupations. Il y a des réunions de travail qui sont menées, en cours, avec la direction, le responsable des urgences du CHPF, la CPS, la Direction de la santé, l'ARASS également — parce qu'il y a de la réglementation aussi qui peut arriver en soutien — pour arriver à désengorger le Centre hospitalier de Polynésie française.

Au-delà de ça, je vois qu'elle appelle à « quelle est votre stratégie » — je vois que c'est ça qu'elle appelle. L'Hôpital de Taravao est dans la prochaine convention. On avait acté avec le Président et le haut-commissaire d'ajuster les équilibres entre Papeete et Taravao. C'est la raison pour laquelle il y aura dans nos prévisions de gros investissements sur Taravao qui permettront, mais on parle de maternité, on pourra y réaccoucher, des services d'urgence, des blocs. Ce sont des investissements qui vont permettre de désengorger les urgences du CHPF. C'est un bassin de plus de 60 000 personnes qui se situe de l'autre côté du grand Papeete. L'idée pour le ministre est de mettre moins de 30 minutes aujourd'hui pour arriver aux urgences. Il n'est pas possible de traverser et de perdre du temps que par perte de chance. Il veut enrayer cela, d'où la volonté de développer un hôpital qui sera capable d'absorber les urgences et de désengorger le CHPF.

Mais n'oublions pas nos archipels éloignés : on prévoit également de renforcer Raiatea. Il y a déjà des tranches et on va continuer. On étudie également des possibilités de coopération avec le privé. Bora Bora : On va agrandir le centre médical. Vous verrez certainement passer des demandes, etc., parce qu'il convient de renforcer. Et de manière globale, il faut réfléchir par archipel parce qu'en plus d'amener le soin à proximité de notre population, on a aussi à maîtriser nos coûts de dépenses.

Comment on peut faire ? Il y a des leviers et cela prend du temps. Il y a de la réglementation et cela va passer par le numérique — vous allez bientôt voir passer la LP numérique — pour pouvoir développer la télé-médecine. Il y a aussi les schémas des transports en termes d'aéroports qui ne permettent pas aujourd'hui de faire les évacuations. On ramène carrément au CHPF alors que si pouvait faire inter-îles, mais malheureusement, on n'a pas ces transports. Ce sont des réflexions aujourd'hui qui prennent un certain temps, mais c'est en réflexion. On a un CHPF qui est en souffrance et il y a des mesures à prendre qui sont également réglementaires. On a des mesures aussi d'investissements ici sur Tahiti, mais également dans nos archipels éloignés.

M^{me} Cathy Puchon : Je ne vais pas parler de chiffres. Je vais plutôt venir sur l'avenant. Concernant l'avenant, il y a « la mise à disposition par l'État au CHPF d'une cinquantaine d'internes en médecine par an » en sachant que nous sommes en juin. Est-ce que pour cette année, nous aurons la cinquantaine d'internes en médecine ?

Ensuite, il y a « la mise à disposition d'assistants spécialistes partagés entre le CHPF et le CHU de Bordeaux [...] ». Combien de spécialistes nous comptons amener sur le CHPF ?

Après, concernant « la formation à la gestion des urgences pour les médecins généralistes en dispensaire [...] », c'est très bien.

Puis, il y a « la réalisation d'un service sanitaire pour une trentaine d'étudiants ». Sur ce point, je me pose une question. Ce sont bien évidemment des étudiants polynésiens ? J'espère bien parce que juste après il est bien précisé « la réalisation de stages d'été par des étudiants polynésiens en médecine [...] ». Je voudrais que l'on m'apporte des précisions là-dessus.

Maintenant, sur « la formation d'infirmiers spécialisés en bloc opératoire », nous ne pouvons que féliciter toutes vos discussions concernant cet avenant.

Néanmoins, je reviens quand même sur ce que Madame Haiti vient de dire sur cet avenant : en effet, tout le secteur d'oncologie n'apparaît plus dans cet avenant alors qu'il est très important. Les autres actions qui étaient comprises dans la convention comme le laboratoire d'anapath, le registre du cancer, la recherche, etc. tout cela a été balayé d'un revers. Ceci dit, suite à ce que vous venez de dire, Messieurs Varet et Ceran Jerusalemy, on voit qu'il y a eu des discussions et mésententes entre le Pays et l'État et donc il va falloir revenir aux discussions bien comme il faut car cette partie sur l'oncologie (le cancer) nous concerne tous, nous Polynésiens !

Enfin, — même si là ce sont les radios cocotiers — j'aimerais bien que l'on m'apporte des précisions sur ce que j'ai entendu dire : « le centre 15 sera détruit complètement car impossible de le réhabiliter ». Et donc, *quid* du cyclotron TEP-SCAN alors qu'on nous avait annoncé que cela serait fait en début 2025. Je me pose la question. Et, pour les oncologues, j'ai entendu dire qu'il n'y aurait plus d'oncologue en août 2024. Là aussi, il faudrait que l'on nous apporte des précisions.

C'est mon intervention concernant cet avenant et nous sommes favorables effectivement à la signature de cet avenant.

M. Etienne de la Fouchardiere : Effectivement, il y a une question de *timing*. Comme je l'ai dit par rapport au nombre et tout ça. L'objectif de l'avenant, qui a pris un peu plus de temps que prévu dans le circuit mais ce n'est pas très grave, c'est d'être vraiment en continuité avec ce qui est lancé. Les chiffres mentionnés sont bien tenus parce que l'on est vraiment sur la continuité. On a aussi la garantie du côté des différents financeurs, et pour la partie des partenariats, c'est plutôt le ministère de la santé national et la direction générale de l'offre de soins qui nous ont bien garanti que les budgets étaient bien disponibles pour tenir les nombres d'internes, de services sanitaires, d'assistants spécialistes qui sont prévus ; et donc, il n'y a pas de difficultés là-dessus car c'est vraiment la continuité. Pour certains, ce sont des personnes qui sont d'ores et déjà présentes et donc il n'y a pas de sujet. C'est simplement que l'avenant nécessitant ce passage à l'assemblée, le processus a pris un petit peu de temps, mais sur l'aspect budgétaire et le nombre de stages, il n'y a pas de difficulté là-dessus. Sur l'origine des services sanitaires, l'objectif est bien de pouvoir faire en sorte que des étudiants, qui sont originaires de la Polynésie, puissent revenir faire ces stages en Polynésie.

M. Yannis Ceran-Jerusalemy : Je vais revenir sur les ragots et radios cocotiers concernant le centre 15 afin d'y répondre. Je vous avais dit qu'il y a une dizaine de jours, j'ai été avec le ministre des grands travaux, et puisque les marchés d'appels d'offres pour la réhabilitation et les contentieux avaient été traités, ma question a été de dire : « quand mettra-t-on les premiers coups de pioche ? » Pour ma part, j'en ai vraiment assez de voir cette verrue là depuis tant d'année et je veux vraiment que l'on réhabilite et que l'on fasse quelque chose puisque cela fait des années que tout cela dure et traîne et ce n'est pas rentable pour la Polynésie. Cela a donc été un de mes combats et je me disais « allez, il faut dépatouiller ce dossier. » Moi, je vous parle de réhabilitation et je vous dis que le radio cocotier qui vous a parlé de la destruction du Centre 15, ce n'est pas d'actualité à aujourd'hui ! On est bien sûr de la réhabilitation et du renforcement. Oui, il va y avoir de la destruction et c'est ce que l'Apair Apurad a fait là avec la ferraille qui était en haut, la dalle qu'ils ont coulée, etc. et l'on remettra le bâtiment aux normes avec les cloisons, etc. À partir de là, il y aura d'autres appels d'offres parce que le bâtiment n'était pas terminé. Il y aura la climatisation, etc. Il y aura énormément de travail et l'on aura aussi des appels d'offres à faire.

Ce projet va être étudié avec l'ICPF bien évidemment puisqu'il s'agit de l'organisme qui sera accueilli dedans et j'ai besoin de savoir quels sont les besoins des équipes : est-ce que je mets ou pas l'administratif ? Où sera la chimiothérapie ? Pour ma part, j'ai une petite idée, parce que l'on a visité, revisité et re-re-visité ce bâtiment, et effectivement on a une super vue sur cette rotonde où l'on pourrait faire bénéficier à nos patients qui sont en chimiothérapie et qui y passent de longues heures — plutôt que d'avoir la tête devant un mur, ils auront — de la belle vue de notre plage du Taaone.

Et donc, encore une fois, je réaffirme que ce ne sera pas détruit. Je répète que l'on réhabilite. Cela commencera au cours du mois d'août, d'après ce que me dit le MGT. Je ne saurai même pas quoi dire d'autres que de dire que l'on réhabilite. Il n'y a plus de Princesse Heiata, on est sur le CHPF à côté. Cela favorisera le parcours patient entre les opérations d'un côté et la gestion à côté également. On vient de finir une étude. La CTC a fait une enquête sur le cancer en Polynésie française et l'on s'oriente vers un avis favorable d'avoir rapproché l'ICPF du CHPF ; et donc, cela me conforte dans l'idée.

M^{me} Mareva Tourneux : Je reviens sur les internes parce que cela a été votre préoccupation. Cet avenant vient conforter la venue des internes et, sachez que, depuis le 2 mai, il y a 56 internes qui sont affectés en Polynésie française. Au CHPF, il y en a 42 ; en psychiatrie, il y en a deux ; à la Direction de la santé, il y en a 10, c'est-à-dire deux sur l'hôpital de Taravao, deux sur l'hôpital de Afareaitu, quatre sur l'hôpital de Uturoa et deux sur l'hôpital Louis Rollin. On a également mis, cette année, un interne à l'Institut Louis Malardé, et également au Service de la santé au travail à la CPME. Et sur les 56 internes, il y a 18 hommes et 38 femmes.

Maintenant, concernant les assistants partagés, il y en a exactement huit qui ont été réaffectés. On n'a pas attendu l'avenant. Ils ont tous été réaffectés à leur poste. Là-dessus, vous pouvez être rassurés, ils ont en poste et opérationnels depuis trois semaines.

En matière de formation, la formation aux urgences a bien eu lieu en avril. On a continué la formation et il n'y a pas eu d'interruption. Comme on vient de le dire, l'avenant arrive un petit peu en retard, mais l'on a continué malgré tout parce que l'on savait que cet avenant allait arriver et que l'on avait besoin de continuer ces actions. D'une part, on a besoin des internes au niveau de nos structures pour venir en soutien pour la prise en charge des patients. Vous savez que l'on a de plus en plus de patients à prendre en charge et donc les internes sont importants.

Ensuite, s'agissant du service sanitaire, rassurez-vous, il aura bien lieu et ce sera bien sûr une trentaine d'étudiants polynésiens qui seront prioritaires. Après, s'il reste des places, il y en aura peut-être d'autres, mais ce seront nos étudiants même si cela n'a pas été précisé. Et donc, rassurez-vous, c'est pour les étudiants polynésiens que cela a été proposé et que c'est mis en place. Les stages d'été auront donc aussi lieu. Des étudiants s'en sont beaucoup inquiétés, mais on leur a dit « rassurez-vous, il y a les crédits et vous pourrez faire vos stages d'été en Polynésie. »

Par contre, on n'a pas encore mis en place la formation IBODE ELIADE. Cela sera fait. On va essayer de voir si on a possibilité de la mettre en place d'ici la fin de l'année. C'est une nouveauté.

M. Yannis Ceran-Jerusalemly : La formation IBODE ELIADE n'était pas dans la convention, et on l'a délibérément rajouté dans cet avenant parce qu'il y a un besoin.

M^{me} Mareva Tourneux : Voilà, il y a des besoins.

Pour les oncologues, on est en recherche. On interroge tous nos partenaires pour essayer de voir et pour trouver des oncologues. On sait que c'est très important et on fait tout pour attirer des oncologues. Après, Yannis ne l'a peut-être pas dit, mais on travaille aussi avec le ministère de la fonction publique et du travail sur l'amélioration de l'attractivité de nos postes et on travaille actuellement sur des textes qui vont faire que peut-être qu'à l'avenir on sera plus attractif pour nos médecins. Et donc, on y travaille fermement, je peux vous le dire, en collaboration. Monsieur Alexis Goubert peut faire un point sur les oncologues éventuellement.

M. Alexis Goubert : Sur la partie des oncologues, à court terme, on a actuellement trois postes d'oncologues médicaux. En oncologie, on a différentes spécialités qui sont directement liées : en radiothérapie, on a une équipe qui est stabilisée actuellement ; en hématologie, on a également une équipe stabilisée avec deux hématologues ; en médecine isotopique, on a un médecin isotopiste qui est contractuel mais qui est motivé et engagé pour rester à nos côtés ; et pour le secteur oncologie médicale, on a une équipe qui est constituée à la fois de médecins spécialistes oncologues médicaux mais aussi de médecins généralistes pour notamment le suivi des patients hospitalisés.

Après, le point le plus critique concerne la partie des médecins oncologues médicaux puisqu'on a actuellement trois médecins oncologues qui sont présents sur site. Ce ne sont pas les oncologues médicaux généralistes puisqu'on a différents parcours professionnels : certains sont oncologues médicaux généralistes et certains sont spécialisés sur certains organes en pneumologie et en gynécologie. Actuellement, on a trois médecins oncologues médicaux dont deux sont des médecins spécialistes d'organes, et cela permet d'avoir une prise en charge des patients en oncologie et en chimiothérapie actuellement. Cependant, la grosse problématique qui se présente à nous à l'horizon effectivement du mois d'août, c'est que l'on a des départs successifs à quelques jours d'intervalles. De mémoire, je crois que c'est le 8, le 12 et le 14 ou 14 et 16, mais en tout cas dans cet horizon de temps, on a les trois départs successifs avec des fins de contrat et des personnes qui ne souhaitent pas renouveler et repartent dans leur centre hospitalier de métropole. Les perspectives de recrutement sont, à ce stade, à un horizon de temps qui est plus lointain parce qu'on a des recrutements qui sont envisagés et qui sont en cours de préparation, mais à horizon du mois de novembre, ce qui amène pour l'instant à une inquiétude et à une vigilance forte sur la période qui va de mi-août au mois de novembre, c'est-à-dire environ deux mois et demi. Pour faire face à cela, on est bien sûr en lien étroit avec l'ensemble des acteurs de l'oncologie ainsi que le ministère.

À ce stade-là, la stratégie est déjà, d'une part, de faire en sorte que la chaîne de prise en charge dépende bien sûr de l'oncologue médical, du médecin généraliste, des infirmiers, des secrétaires et que cette chaîne soit la plus robuste pour la partie dont on a la meilleure maîtrise. C'est-à-dire que pour les infirmiers de coordination, les infirmiers et les secrétaires, on essaye vraiment de faire en sorte que cet effectif-là soit renforcé ces prochains temps car, si cette partie de la chaîne est déjà solide, c'est déjà un élément aidant pour les prises en charge puisqu'on sait que les patients qui sont atteints d'un cancer ont bien sûr l'interface avec leur médecin oncologue, qui est un point important parce qu'il est important que l'on ait une stabilité. Ceci dit, ils ont aussi beaucoup d'interfaces avec leur infirmière de coordination et avec les secrétaires et c'est aussi très important que l'on consolide cela. On cherche donc à consolider cela. On a fait des recrutements en surnombre — mais tout cela paraît vital — en termes d'infirmiers de coordination notamment et de secrétaires pour que, justement, cette partie de la chaîne soit déjà consolidée. On cherche aussi à avoir un médecin généraliste en surnombre dès maintenant pour qu'il puisse être là aussi en soutien, pour notamment au mois d'août quand on aura potentiellement un déficit d'oncologues médicaux. On n'a pas encore trouvé de médecin généraliste, mais on a cette stratégie. On fait des offres d'emploi pour avoir ce médecin généraliste afin qu'il soit là dès maintenant avec en plus une équipe qui, pour l'instant, est composée d'oncologues et qui lui permettra d'acquérir aussi certains réflexes.

Et par ailleurs, il y a aussi les oncologues médicaux pour lesquels on a des offres d'emplois au niveau national. Pour l'instant, cela ne prospère pas si ce n'est à horizon du mois de novembre. On est actuellement dans la stratégie d'élargir fortement notre champ de recherche, notamment au niveau européen. On sait que c'est une stratégie qui a été déployée en Nouvelle-Calédonie avec un certain succès puisqu'ils ont réussi aujourd'hui à stabiliser leur équipe, avec notamment des profils italiens, mais cela aurait pu être d'autres profils : roumain, espagnol, etc. Bien sûr on veut des personnes francophones pour ne pas qu'il y ait une barrière de la langue, mais on est vraiment à chercher plus largement pour combler ce trou qui serait critique. Sur la vision de court terme, on met donc tout en œuvre pour à la fois construire cette chaîne et rechercher des candidats coûte que coûte.

Sur la prise de recul de cette situation, les équipes en oncologie sont des équipes assez réduites et qui reposent sur peu de personnes. C'est d'ailleurs assez propre à l'hôpital de la Polynésie, on a beaucoup de spécialités et souvent des équipes qui sont assez réduites. Ainsi, la déstabilisation d'une équipe peut être très rapide. On voit que cela peut arriver, trois oncologues d'un coup, et finalement on perd le bénéfice de quelques mois et quelques années, puisqu'on avait quand même réussi ces deux dernières années à améliorer un peu la situation avec une équipe qui commençait à se stabiliser en oncologie.

Vous vous rappelez, ce n'était pas du tout le cas des années 2015-2020 où il y avait un *turn-over* extrême. On a connu un épisode pendant deux ans où on avait une meilleure stabilisation et on voyait les patients qui en étaient satisfaits. Malheureusement avec regret, on voit de nouveau cette situation avec un faible effectif qui repart sur une situation instable. J'indiquerais pour votre éclairage que ces trois départs sont pour deux d'entre eux liés à des aspects familiaux de retour en métropole et pour le troisième, à une réorientation professionnelle et une volonté de se détacher d'une activité clinique hospitalière et de toute la dureté que cela représente. Ces départs sont donc multifactoriels, mais plutôt sur des raisons personnelles.

Quand on creuse un peu plus sur la capacité de l'hôpital à attirer mais aussi à maintenir des oncologues, ce qui apparaît, c'est qu'il peut y avoir des choses qui relèvent de tous les statuts, mais pas sur la rémunération. La rémunération est plutôt un point de force, elle est plutôt satisfaisante et considérée comme intéressante en Polynésie pour les oncologues médicaux puisque l'on déroge d'une certaine façon à la règle avec des rémunérations particulières pour ces profils.

En revanche, il peut y avoir des sujets autour des aspects statutaires, du temps de travail, à la volonté d'être parfois des temps de travail partiel et pas à temps plein. Il peut aussi y avoir des sujets sur l'activité non clinique qui n'existe pas véritablement en Polynésie et qui peut manquer aux oncologues. D'autres aspects sont perçus comme des aspects de force par les oncologues, notamment la relation dite d'hôpital où typiquement dans l'exercice en métropole ou même en Europe, on sait que la médecine générale est très en difficulté. Ce n'est pas vraiment le cas en Polynésie et c'est plutôt un élément de force qui attire et qui rend l'exercice des oncologues plutôt intéressante d'après les échanges que je peux avoir avec eux.

Les éléments de faiblesse, en revanche, touchent entre autres à l'aspect de recherche. La spécialité d'oncologie médicale, c'est une des spécialités la plus liée à la notion de recherche et effectivement, la Polynésie pour l'instant n'est pas véritablement engagée dans cette voie même s'il y a des choses qui sont en cours à la fois par le territoire, l'ICPF et nous-mêmes au niveau de l'établissement. Dans notre établissement, on a une thématique autour de cela, on a des premiers projets de recherche qui se font aussi en partenariat avec la métropole et l'ICPF. On est donc dans cette voie ; mais pour l'instant, il y a quand même un déficit qui est constaté par les oncologues qui sont habitués à avoir un exercice de recherche important.

Ensuite, il y a d'autres aspects qui ne vont pas forcément jouer sur l'attractivité mais qui peuvent améliorer le parcours des patients en période de déconcentration des prises en charge sur l'hôpital. On a vu les chimiothérapies délocalisées, dont on cherche à développer avec la Direction de la santé et le ministère, se mettre en place notamment à Moorea et aux Marquises. Les chimiothérapies orales mériteront aussi d'être développées à l'avenir pour moins concentrer les prises en charge sur l'hôpital et être plus en réseau au niveau territorial.

M^{me} Pauline Niva : Je comprends le côté alarmiste de mes deux collègues et je crois que l'on a apporté des réponses à toutes nos préoccupations si l'on a bien entendu les réponses de nos deux représentants du ministère. C'est sûr que le cancer dans notre pays et la santé de notre population sont les préoccupations de chacun autour de cette table. Merci beaucoup pour vos réponses à tous les questionnements qu'il y a eu, et par rapport à cette nouvelle convention, de venir proroger et poursuivre tout ce qui a été entrepris depuis quelques années jusqu'à aujourd'hui. C'est le but de mes propos, c'est vraiment un message d'encouragement dans ce que vous êtes en train de poursuivre pour la santé de notre population en termes d'offre.

Mais je crois qu'il manque un petit article concernant la prévention et la promotion de la santé dans notre pays. Je continue ensuite dans mes messages d'encouragement à l'adresse de nos deux *tamari'i* du service public du CHPF : quand vous rentrerez à l'hôpital, apportez tout notre soutien à Madame la directrice du CHPF ainsi qu'à tous les professionnels de santé qui œuvrent pour guérir notre population qui vient au CHPF. Sans faute tu lui diras bien et même à vos professionnels de santé.

M. Yannis Ceran-Jerusalemly : Merci Pauline pour ces encouragements, on les prend en toute acceptation parce qu'on en a besoin. Je n'aurais jamais imaginé que la santé était un portefeuille aussi lourd et complexe mais tellement prenant parce derrière, dès qu'on fait une action positive, il y a une réelle satisfaction, c'est ce qui m'a animé durant cette première année déjà.

Effectivement, la prévention n'est pas écrite telle qu'elle. Elle est dans le volet 2 de l'avenant et de la convention sur les petits investissements et fonctionnements — je rappelle : « Communication et campagne de prévention : 73 millions F CFP pour la Direction de la santé ». C'est vrai que ce n'est pas mis tel quel, mais j'ai voulu mettre cela en exergue.

C'était une des propositions dans un projet de texte pour la nouvelle convention où j'avais mis l'accent sur l'action de prévention. Encore une fois, le curatif a un poids important en Polynésie parce qu'on a eu une carence en termes de prévention et de promotion de la santé. Il faudrait arriver sur les 10 prochaines années — on va dire sur cette première mandature — à faire une vraie amorce pour qu'on puisse renverser la vapeur un jour. Il faut davantage intensifier nos efforts sur la prévention et la promotion de la santé.

D'ailleurs, je remercie la Direction de la santé qui m'a proposé un nouveau programme qui est ambitieux, parce qu'au-delà d'actions ponctuelles telles que les addictions sur l'*ice* et sur l'obésité, il y a tout le comportement à revoir. Et on va s'appuyer sur des systèmes qui sont mis en place tels que « commune en santé », « école en santé ». Il va falloir chercher chez les plus petits de façon globale sur le comportement. C'est donc en profondeur qu'on arrivera à transformer les esprits et à améliorer la prise de conscience que la santé est essentielle et dire que le Polynésien est acteur de sa santé. On a effectivement de gros efforts et c'est pour cela qu'on a dans la prochaine convention cette notion de prévention, j'aimerais vraiment qu'on mette un accent fort sur ce volet.

M^{me} Pauline Niva : Peut-être que dans la nouvelle convention, au lieu de parler de prévention de promotion de la santé, c'est vraiment de dire : Le Polynésien, acteur de sa santé ! ». *E aha te mana'o ?*

M. Yannis Ceran-Jerusalemly : Effectivement, il y a cet avenant à proroger qui doit recueillir votre avis qui, j'espère, sera très favorable parce qu'on en a le soin. Mais on continue nos travaux et juste après cet avis rendu par l'assemblée, cet avenant sera signé à la fois par le Président et le haut-commissaire de la République. Mais à cela s'adosse un protocole d'accord sur les modalités de la rédaction de la nouvelle convention et le ministère aura la main mise sur la gestion de ces travaux, en partenariat bien évidemment avec le haut-commissariat.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Je reviendrai sur l'avenant, le volet 3 particulièrement dans toute cette formation. C'est sûr que le problème est peut-être aussi de stabiliser le personnel une fois qu'il est formé, puisque cela a aussi été l'annonce du ministre de la santé lors de la session 4. Au-delà des formations qui peuvent être perçues de toute manière au premier degré comme des aubaines, des opportunités et un enrichissement dans leur parcours professionnel, comment stabiliser nos médecins par des mesures incitatives quand on sait que même nos médecins polynésiens ne se fixent pas forcément au CHPF. Donc formation oui, mais comment stabiliser ?

Il faudrait peut-être avoir plus de réactions, de réflexions là-dessus. D'où aussi la coopération avec le privé — vous l'aviez annoncé tout à l'heure — par une cartographie générale afin de connaître les différentes spécialités qu'il y a pour le pays, pour que la population puisse se tourner aussi bien vers le CHPF que vers des structures, mais qu'elle sache où aller. Parce qu'il y a des cliniques privées qui se

montent (comme celle de Mamao, etc.) et peut-être que certains de nos Polynésiens ou d'autres qui se forment puissent les retrouver, une sorte de traçabilité de leur parcours professionnel.

M. Yannis Ceran-Jerusalem : Ce n'est pas l'avenant, mais c'est encore un des éléments effectivement de la santé en Polynésie, c'est aussi une préoccupation. On entend dire que, parfois, nos Polynésiens ne veulent même pas revenir. Le directeur adjoint évoquait effectivement quelques raisons par rapport aux oncologues et aux aspirants personnels de faire du tiers temps, de pouvoir travailler dans le privé. Ce sont effectivement des éléments qui sont la composante de ce manque d'attractivité aujourd'hui en Polynésie. On a fait le point, il y a neuf mesures qui ont été posées et qui nécessitent, avec le ministère de la fonction publique, un long travail rédactionnel parce que l'on a quantifié les travaux : c'est la révision des statuts des PH, la révision des indemnités pour le personnel des urgences au CHPF qui sont à notre service, c'est la revalorisation des grilles, etc. Je pourrais énumérer, on a identifié neuf mesures avec le CHPF parce que c'est un travail que l'on mène avec eux.

Aussi, le ministre a déjà évoqué ici le modèle économique (l'ÉPA) de l'établissement qui est à revoir. On est encore sur les travaux, on était avec le prestataire pour transformer ces établissements en établissements publics de santé. Une fois qu'on sera accordé avec le ministère sur l'ensemble des articles qui composent cette nouvelle loi du pays portant ces nouveaux établissements publics de santé, cela fera l'objet d'échanges avec les établissements à proprement parler.

Mais également avec la fonction publique, puisque cela aura une forte interaction avec les statuts des fonctionnaires. C'est très important et c'est la raison pour laquelle on s'attèle au travail. C'est un grand défi que de rendre l'attractivité des emplois au CHPF et l'attractivité dans les archipels éloignés. C'est une grande difficulté, ils le savent. Il n'y a pas un soir, je crois, où il n'y a pas un parapheur avec de nouvelles embauches parce qu'il y a un *turn-over*. Il y a des particularités en Polynésie française. Cela ne tient pas parce que quand on est sur une île et qu'il n'y a que deux infirmières, elles n'ont plus de vie. C'est au magasin, il y a toute la population et du coup, il y a un *turn-over*, il y a du *burn-out*.

Il y a énormément de paramètres à travailler tout autour de cette thématique qu'est l'emploi des personnels soignants en Polynésie française. Je ne pense pas tout toucher, mais la complexité quand je vais toucher le personnel soignant, on va me dire « mais les ambulanciers... ». Et là, il va falloir faire preuve de beaucoup de communications, de savoir parler avec le personnel pour dire : « Oui effectivement on a commencé là. » L'idée, c'est d'aller toucher parce qu'il n'y a pas qu'un corps de métiers dans un grand hôpital, mais il y en a beaucoup plus. Quand on va toucher à un, cela va faire effet boule de neige en disant : « Pourquoi vous avez touché à vous, pourquoi vous ne touchez pas à nous ? » Parce que nous aussi on fait tourner cet hôpital.

M^{me} Christelle Sandford : Je vais juste compléter les propos de Yannis. Au niveau du ministère de la fonction publique, on est complètement conscient de ces enjeux, de ces difficultés et de ces priorités. On a plusieurs réunions de travail avec le ministère de la santé. On a tout un plan d'actions. Maintenant, il faut voir ce qu'on va prioriser parce qu'on ne peut pas tout faire en même temps. On revoit des cadres d'emploi. Comme Yannis le dit, on a commencé par les psychologues qui étaient passés en commission législative de cette semaine. On va y aller avec cette vision globale. On a surtout la partie d'abord des coûts. Il faut absolument avoir à chaque fois, l'impact financier de ces modifications, sans compter tout l'aspect modification réglementaire. On est allé sur toute cette réforme de la partie fonction publique. Pourquoi pas évoluer ? Cela sera des travaux à mener avec le ministère de la santé sur une fonction publique à part entière hospitalière. C'est aussi à discuter, mais on a tout ce plan d'actions qui fait partie de nos priorités.

M^{me} Nicole Sanquer : Je regrette que ce soit un avenant, puisqu'on savait que cette convention allait prendre fin en 2023. Nous savons aussi que nous avons besoin du soutien de l'État dans notre système de santé. Il a été très difficile en 2019 de pouvoir réécrire une convention. Une petite remarque sur cette convention : les constats ont très peu évolué depuis 2019 et la dernière convention santé que nous avons rédigée avec l'État était basée sur un rapport de l'IGAS, celui de 2019. Je vous assure qu'après avoir lu

plusieurs rapports de l'IGAS dans différents domaines, celui-là est très réaliste parce qu'il prend en compte les conditions de la santé dans nos îles, la santé ici.

Il y a aujourd'hui ce rapport notamment qui décrit les manques qu'il y a dans nos îles, les difficultés que nous rencontrons pour garantir l'accès aux soins de nos populations. Nous avons conclu une convention où plusieurs points avaient été mis de côté. Je veux rappeler tout ce qui était Évasan, qui représente un coût pour notre collectivité où l'on demande la continuité territoriale et la participation à la continuité territoriale pour les Évasans à l'État. Je vous encourage dans vos discussions futures à élargir cette convention santé. Aujourd'hui, on arrive à un avenant et le point positif, c'est qu'il prend en compte le personnel, notamment nos Polynésiens dans la formation. On a grandement besoin de soutien au niveau des ressources humaines et l'hôpital peut en témoigner, l'hôpital, les îles. C'est le point très positif de cet avenant.

Je profite que le représentant de l'État soit là : je ne sais pas s'il va apprécier ou pas ce que je vais dire. Dans l'ancienne convention, on avait affiché une convention à 1,4 milliard F CFP. Quand on regarde dans le détail, on a beaucoup pris sur le CDT, des conventions qui étaient déjà négociées. On affiche 1,4 milliard F CFP. En fin de compte, en dotation nouvelle de la participation de l'État, ce n'est pas 1,4 milliard F CFP puisque ce sont des dotations du CDT qui ont été fléchées vers la santé. Je me trompe, peut-être, mais j'ai relu la convention avant de venir et je vois que c'est une procédure qui se fait dans le renouvellement des conventions. Je regarde, par exemple, pour les JO pour la tour des juges que l'on annonce une participation de l'État. On est allé aussi chercher sur des crédits qui étaient déjà négociés dans le CDT qu'on a fléchés.

À un moment donné, il faut aussi une certaine transparence sur la vraie participation. Vous savez parce que vous vivez ici aussi. Vous vous rendez compte, vous vivez comme les Polynésiens et vous voyez bien que la santé est vraiment un secteur où on a besoin de l'appui de l'État aussi bien en expertise. On n'a pas d'oncologues polynésiens, pas assez d'oncologues polynésiens. On a besoin de la formation qui nous vient de l'État. J'insiste pour que vous allez renégocier cette convention et que l'on puisse élargir les domaines de la convention en reprenant le rapport de 2019. Ce n'est pas facile, mais il n'y a pas que le cancer. Je vois qu'il y a des blocages dans la renégociation de cette convention au niveau du cancer. Il n'y a pas que ça comme problématique de la santé en Polynésie française.

J'entends bien ma collègue Pauline Niva parce que le nouveau gouvernement et le ministre ont fait de la prévention un objectif prioritaire, ce qui va améliorer aussi notre système de santé. Je voudrais quand même mettre en garde par rapport à certains discours. On a eu un extrait, mais on ne peut pas prioriser la prévention avec un discours qui discrédite les médecins et la formation des médecins. Ce n'est pas possible ! Aujourd'hui, on va mettre des centaines de millions dans la formation des étudiants polynésiens. On ne peut pas arriver en Polynésie et n'entendre pas plus tard que vendredi des discours comme, tous les médecins sont sous Big Pharma. C'est lancer le discrédit sur tous les jeunes qui s'engagent dans la médecine pour prendre en charge les Polynésiens. On ne peut pas dire que la seule solution, demain, pour traiter nos Polynésiens c'est la prévention. La prévention prendra du temps.

Je voudrais mettre en garde quand même la majorité qu'on ne peut pas avoir deux discours. On doit encourager nos Polynésiens à aller dans ce secteur, on en manque. Mais venir dire, que tout le système de santé est une mise en scène pour gagner plus de fric pour les médecins et que Big Pharma paye la moitié des études des médecins pour qu'ils puissent vendre leurs produits, il faut arrêter ! On l'a entendu en commission et en séance. Par contre, c'est très subtil parce que c'est dit en tahitien, ce n'est pas toute la population qui l'entend. Je suis venue aujourd'hui dire que ce genre de discours — en plus, c'est dit par le président du Tavini — ce n'est pas possible !

La santé doit nous rassembler. Notre population est malade. C'est un vrai défi, un vrai enjeu pour nous parce que cela coûte de l'argent, comme on dit « un pognon de dingue ». Mais les discours doivent être clairs. La prévention, on va y arriver ensemble : école en santé, commune en santé, *fare ora*. Je vous applaudis. Merci de mettre cela en œuvre parce que c'est ce qui nous a manqué pendant des années. Mais, on ne peut pas inciter les gens à ne pas aller se soigner chez le médecin parce qu'il ne fait pas

partie d'un complot de Big Pharma et compagnie. On ne va pas y arriver. Cela ne doit pas être un sujet politique. Voilà ce que j'étais venue vous dire, aujourd'hui.

La présidente : Je crois qu'on va clôturer les échanges avec l'intervention de Pauline. Je vais laisser les collègues répondre à la question de Madame Nicole. Juste pour vous rappeler de revenir à l'avenant. Je vais laisser Pauline clôturer les échanges sur l'avenant.

M^{me} Pauline Niva : Merci beaucoup, Nicole, pour ton intervention sur ce que tu viens de dire. Il est vrai qu'il faut qu'on arrête de dire des choses qui ne sont pas en cohérence avec ce qui se passe avec nos priorités.

C'était un propos d'encouragements dans tout ce que vous êtes en train de faire. D'encourager tous les professionnels de santé qui œuvrent sans relâche au niveau de notre CHPF. Selon les propos qui ont été tenus vendredi, on n'est pas tous d'accord. Je tenais à te le dire. On n'est pas tous d'accord avec tous les propos qui ont été dits. Une petite note positive est de dire que si vous avez besoin d'éléments aidants pour rédiger cette convention. N'oubliez pas qu'il y a 48 recommandations qui ont fait l'objet de notre enquête Covid sur lesquelles vous pouvez vous appuyer pour rédiger cette convention avec l'État parce que l'État a aussi apporté des éléments de réponse dans la gestion de cette crise.

La présidente : Nous allons donc passer à l'examen du projet de délibération.

EXAMEN DU PROJET DE DÉLIBÉRATION

Les articles 1^{er}, 2 et l'ensemble du projet de délibération ne suscitent aucune discussion.

Vote sur les articles 1^{er}, 2 et l'ensemble du projet de délibération :
Adoptés à l'unanimité avec 9 voix pour

(L'ordre du jour étant épuisé, la réunion de la commission s'achève à 10 h 51.)

LA PRÉSIDENTE,

Rachelle Flores